



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Conocimientos sobre RCP en los estudiantes de la  
segunda especialidad en enfermería de la UNMSM, 2005**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

## **AUTOR**

**Ana Ysabel Príncipe Cahuana**

LIMA – PERÚ  
2010

## **PRESENTACIÓN**

El paro cardiorrespiratorio (PCR), es una situación que cursa con interrupción brusca, inesperada y presumiblemente reversible de la respiración y de la circulación espontánea, produciendo una brusca disminución del transporte de oxígeno a la periferie y a órganos vitales que puede provocar la muerte del paciente. (1)

En promedio los pacientes que sobreviven al PCR son aquellos en que la reanimación se inicia durante 4 primeros minutos. (2)

La reanimación cardiopulmonar (RCP), es el tratamiento del PCR, que esta dado por un conjunto de técnicas, maniobras, pautas estandarizadas de desarrollo secuencial y cuyo fin es sustituir primero y reinstaurar después la respiración y la circulación espontánea. La RCP consta de 2 componentes: soporte vital básico y soporte vital avanzado. (3) El ILCOR (Internacional Liaison Comité on Resuscitación) y AHA (American Heart Association) son las entidades encargadas de difundir las pautas y recomendaciones para la RCP. (4)

La formación en RCP es imprescindible, ya que está comprobado que el pronóstico empeora cuando la RCP se realiza de forma tardía y/o inadecuada; además de las constantes actualizaciones que realiza el ILCOR y la AHA.

Por ello es importante que el profesional de enfermería se capacite constantemente para brindar una atención eficaz, precoz y oportuna durante un PCR, ya que es el profesional que detecta precozmente un PCR, por ser

quien brinda atención las 24 horas del día al paciente y es el primero en iniciar la RCP intrahospitalaria.

El presente estudio de investigación titulado “Conocimientos sobre RCP en los estudiantes de la segunda especialidad 2005”, tiene como objetivo general: Determinar los conocimientos sobre RCP en los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería 2005; con el propósito de que los hallazgos del estudio proporcionen datos reales que permita que el Departamento de Enfermería elabore programas y/o estrategias de intervención de Enfermería a pacientes que sufren un PCR con la finalidad de que éstos tengan una mejor calidad de vida con una atención oportuna y adecuada del profesional de Enfermería.

El estudio consta de Capítulo I: El Problema en el cual se incluye planteamiento, delimitación, origen del problema, formulación del problema y justificación ; objetivos, propósito, antecedentes del estudio, marco teórico y definición operacional de términos; Capítulo II Material y Método: se expone Nivel, tipo y método de estudio, definición del área, población y muestra, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento de datos ; Capítulo III Resultados y Discusión; Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## CAPITULO I INTRODUCCION

En el mundo la muerte por Paro Cardiorespiratorio (PCR) es una situación que va en aumento ya que este evento ocurre en cualquier momento, en cualquier lugar, aproximadamente de 400 000 a 460 000 personas en Estados Unidos y 700 000 en Europa sufren un PCR cada año (5). La resucitación se intenta en 2/3 de estas victimas; toda vez que una actuación de manera rápida puede salvar la vida; a nivel intrahospitalario es de incidencia alta ya que solo el 55% de los pacientes son reanimados satisfactoriamente, 15-25% egresan vivos de un hospital y de estos del 4-20% viven por largo tiempo(6).

Las principales causas de muerte son debidas a síndromes isquémicos coronarios agudos (SICA) principalmente por fibrilación ventricular, así también por obstrucción de la vía aérea, electrocución, ahogamiento por inmersión, depresión respiratoria, sobredosis de drogas antidepresivas y reacciones anafilácticas(7).

El paro cardiorespiratorio es una situación que cursa con la interrupción brusca, inesperada y presumiblemente reversible de la respiración y de la circulación espontánea, a consecuencia de lo cual se produce una brusca disminución del transporte de oxígeno a la periferie y a órganos vitales, que pueden provocar la muerte en el paciente (8).

Para el tratamiento del PCR es esencial conocer y aplicar oportunamente la *Reanimación Cardiopulmonar* (RCP) que consiste en un conjunto de técnicas, maniobras encaminadas a revertir el PCR,

sustituyendo transitoriamente las funciones respiratorias y circulatorias para intentar restablecer después su actividad espontánea, esta RCP consta a su vez de 2 componentes como son el Soporte Vital Básico (SVB) y el Soporte Vital Avanzado (SVA). (9)

Es preciso tener en cuenta que la investigación clínica en este campo de la medicina es difícil por la situación de emergencia en la que se produce, ya que en los tratamientos recomendados no existen evidencias claras de su eficacia.(10) La mayoría de los hallazgos observados en investigaciones en animales no han podido ser aplicados a la clínica humana por la falta de confirmación o interpretación, por lo que en los últimos 10 años la abundante bibliografía e investigación en este campo no ha podido ser aplicada en el terreno práctico y muchos de los tratamientos y técnicas que se han ido introduciendo no son de probada eficacia. (11) Por ello, los protocolos recomendados por las instituciones de los distintos países presentan diferencias, lo que ha generado cierta confusión en el momento de su aplicación. Conscientes de ello en el año 1992 se inicio un proceso de cooperación y trabajo en común creando el ILCOR (International Liaison Comité on Resuscitation); este comité reúne las instituciones mundiales interesadas en la RCP y los cuidados cardiacos críticos compuesto por AHA (American Heart Association), ERC (European Resuscitation Council), ARC (Australian Resuscitation Council), RCSA (Resuscitation Council of Southern Africa), HSFC (Heart and Stroke Foundation of Canada) y el CLAR (Consejo Latinoamericano de Resucitación) . En enero del año 2005 en la ciudad de Dallas - Texas la AHA e ILCOR difundieron las ultimas recomendaciones de tratamiento del PCR (12).

Teniendo como referencia las actualizaciones frecuentes para el manejo del PCR, y presentándose esta enfermedad con mayor frecuencia en las unidades críticas es indispensable que el profesional de enfermería quien permanece mas cerca y mas tiempo al cuidado del paciente esté en la capacidad de reconocer un PCR, para brindar una atención precoz y oportuna a fin de restablecer y disminuir el riesgo de complicaciones . Sin embargo con frecuencia se observa en los servicios que cuando ocurre este evento ocasiona un ambiente de tensión en los profesionales de salud las Enfermeras se muestran dubitativas para iniciar las maniobras de RCP, manifestando: “Donde esta el coche de paro” , “traigan oxígeno” , “Llamen al clínico de guardia” , “Avisen al intensivista” ..... Entre otras expresiones.

Por lo expuesto se ha creído conveniente realizar un estudio sobre:

***¿Cuáles son los conocimientos sobre RCP de las estudiantes de la Segunda Especialidad 2005?***

La aplicación rápida de la RCP tiende a convertirse en muchos países, en una prioridad de salud por el número de fallecimientos y lesiones irreversibles, estos se podría evitar si el conocimiento sobre RCP es generalizado. La formación en RCP es imprescindible, ya que esta comprobado que el éxito de las técnicas de RCP dependen fundamentalmente de la atención precoz a cargo de un profesional calificado y entrenado en el efecto, las demoras por cualquier razón pueden ser fatales para una recuperación completa del sistema nervioso central, ya que se estima un tiempo máximo de 4 minutos sin aporte de oxígeno, en cambio las recuperaciones entre los 4 a 20 minutos dejan, cuando menos, secuelas neurológicas; siendo evidente los avances en la aplicación de la RCP, por lo que es necesario determinar los conocimientos que poseen

los profesionales de enfermería sobre RCP, pues la aplicación de ello permitirá en gran medida el éxito o fracaso de una RCP , toda vez que es una de las emergencias que se asisten en un alto porcentaje en una institución de salud , mas aún en lugares donde la enfermera brinda sus cuidados, ya que ello permitirá disminuir el riesgo de complicaciones del PCR.

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

**Objetivo General:**

Determinar los conocimientos sobre RCP en las estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería 2005.

Determinar los conocimientos sobre RCP en las estudiantes de post grado según especialidad.

**Objetivos Específicos:**

Identificar los conocimientos sobre Soporte Vital Básico (SVB) en las estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería 2005.

Identificar los conocimientos sobre Soporte Vital Avanzado (SVA) en las estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería 2005.

Identificar los conocimientos sobre Soporte Vital Básico (SVB) en las estudiantes de pos grado según especialidad.

Identificar los conocimientos sobre Soporte Vital Avanzado (SVA) en las estudiantes de pos grado según especialidad.

Los hallazgos permitirán brindar información valida, actualizada y confiable sobre los conocimientos de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería sobre RCP, a fin de que se adopten medidas a nivel del departamento de enfermería y los servicios para la elaboración de programas de educación continua, con la finalidad de fortalecer su actuación

ante un PCR mediante la aplicación de la técnica adecuada , para que esta intervención oportuna y correcta contribuya en gran medida en la calidad de vida del paciente post reanimado.

Al revisar los antecedentes; se pudo encontrar algunos estudios relacionados en el ámbito internacional y nacional. Así tenemos que:

Isabel Lara Blanco, Sonia Rojas Carrera en el año 2004, en la ciudad de Veracruz –México, realizaron un estudio de investigación sobre: ***“Capacitación sobre reanimación Cardiopulmonar básica a personal de enfermería por criterios de conocimientos, aptitud y actitud”*** . El objetivo fue Evaluar el conocimiento, aptitud y actitud del personal de enfermería en Reanimación Cardiopulmonar Básica antes y después de un proceso educativo. El método que se utilizo fue el cuasi experimental. La población estuvo conformada por 40 enfermeras. Los instrumentos que se utilizaron fueron un cuestionario y una lista de cotejo. Las conclusiones entre otras fueron:

*El resultado del proceso educativo se considero de bueno a excelente ya que al final el porcentaje de las enfermeras que calificaron como capacitadas fue alto, sin embargo se sugiere continuar con investigaciones dirigidas a medir el impacto de la intervención educativa sobre la morbilidad y calidad de vida de los pacientes reanimados satisfactoriamente y la permanencia del aprendizaje en el personal ya capacitado. (13)*



Tania Luejes García, Gutierrez Gutierrez, y colaboradores, en el año 2001 , en la Habana-Cuba, realizaron un estudio de investigación sobre ***“Reanimación Cardiopulmonar : Resultados en el centro de Urgencias Medicas”***. El objetivo fue Valorar la Reanimación Cardiopulmonar en el centro de urgencias Medicas del Hospital Militar Carlos J. Finlay. El método que se utilizó fue el Descriptivo, longitudinal, prospectivo. La población estuvo conformada por 85 pacientes con el diagnostico de PCR. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario, las conclusiones entre otras fueron:

*Los pacientes que sufrieron paro cardiorrespiratorio, reanimados en el centro de urgencias se encontraban entre edades de 60 y 69 años y del sexo masculino.*

*Los antecedentes patológicos personales de mayor frecuencia fueron la Hipertensión Arterial y la cardiopatía isquemia, la mayoría de los paros se inicio en la sala de cuidados intensivos especiales y la reanimación comienza y concluye en el sitio del evento.*

*El medicamento mas usado fue la epinefrina a dosis elevadas con más de dos aplicaciones.*

*El promedio de tiempo entre el inicio del evento y la reanimación, de la aplicación de la primera dosis de adrenalina y el inicio de la desfibrilación fue significativamente superior en los pacientes fallecidos. (14)*

Ariel Arango Diaz, Maria Solero Berrio, y colaboradores, en el año 2000, en la ciudad de Villa Clara – España, realizaron un estudio sobre

***“Conocimientos teóricos de los Médicos de Familia sobre reanimación Cardiopulmonar”*** El objetivo fue: Conocer los niveles teóricos de formación en RCP de los médicos de familia en la ciudad de Villa clara. El método que se utilizó fue el Descriptivo, la población estuvo conformada por 61 médicos de familia. El instrumento que se utilizó fue un Cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

*El nivel teórico de los médicos encuestados es aceptable. Más de la tercera parte de los encuestados no sabe como valorar el estado hemodinámico del paciente, prácticamente los profesionales desconocen el fármaco de elección en caso de un paciente en asistolia y, por otra parte el 60.66 % no selecciona el fármaco correcto en caso de bradicardia.*  
(15)

Las investigaciones realizadas nos permiten concluir que la reanimación cardiopulmonar es una técnica que sigue evolucionando, para ello es necesario lograr una formación teórico practico en materia de RCP , lo cual reportaría una mejora en la calidad de la atención a los pacientes que sufren este evento. Así mismo el personal profesional de Enfermería es quien brinda los primeros auxilios en una PCR hospitalaria por lo tanto debe poseer los conocimientos básicos actualizados en RCP pues es pieza clave en este conjunto de medidas optadas para salvar la vida del paciente.

A continuación se desarrolla el marco teórico que dará sustento a los hallazgos:

***El Paro Cardiorespiratorio (PCR)*** es una situación clínica que cursa con la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea; supone una amenaza vital inmediata y puede aparecer en forma súbita en personas con un estado de salud previo aceptable, como consecuencia de un ataque cardíaco, Hipotermia, Traumatismo craneoencefálico o torácico, electrocución, Hemorragia severa, deshidratación. (16)

Los signos y síntomas del PCR está dado por:

- Ausencia de pulso y respiración.
- Piel pálida, sudorosa y fría, a veces cianótica.
- Pérdida del conocimiento.
- Pupilas dilatadas, no reaccionan a la luz.

***La Reanimación Cardiopulmonar (RCP)*** comprende un conjunto de técnicas, maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo transitoriamente las funciones respiratorias y circulatorias para intentar restablecer después su actividad espontánea. La combinación secuencial de estas técnicas, descritas en la década de los 50 y desarrolladas en los primeros años de la década de los 60, ha permitido disponer de un recurso terapéutico relativamente eficaz que aplicados en forma y tiempo adecuados ha ampliado el concepto de “muerte previsible o sanitariamente aplicable”. (17)

*El tratamiento de un PCR tiene dos niveles fundamentales*

- 1.- Soporte vital Básico (SVB)
- 2.- Soporte vital Avanzado (SVA)

## **1.- SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB)**

Agrupar un conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible paro cardíaco y/o respiratorio, alertar a los sistemas de emergencia y realizar maniobras elementales pero eficaces de sustitución de las funciones cardíaca y respiratoria que pueden llevarse a cabo sin necesidad de ningún instrumental. (18)

Es un eslabón fundamental en el tratamiento del PCR, puesto que su objetivo es la oxigenación cerebral y cardíaca hasta la llegada o el inicio del SVA por personal entrenado y calificado. (19)

Se basa en 4 pasos que son el ABCD de la reanimación:

**A:** Análisis de la Situación:

Apertura de las vías aéreas.

**B:** Ventilación: Respiración boca a boca.

**C:** Circulación.

**D:** Desfibrilación (manual o semiautomático)

*A: ANALISIS DE LA SITUACION: APERTURA DE LAS VÍAS AÉREAS:*

Para valorar la ventilación primero se debe permeabilizar la vía aérea, colocando la mano sobre la frente, suavemente inclinaremos la cabeza hacia atrás, simultáneamente con la punta de los dedos bajo su barbilla elevaremos la mandíbula con la finalidad de abrir la vía aérea (Maniobra Frente –Mentón). Si se sospecha de una lesión espinal se tomarán precauciones al alinear la cabeza y el cuello intentando que la columna cervical se mantenga en una posición neutra en la línea media.

El reanimador sujetara la cabeza firmemente por las apófisis mastoides y el occipital evitando cualquier tracción o movimiento brusco, para conseguir la permeabilidad de la vía aérea no se aplicara nunca la maniobra frente-mentón si no se realizará la técnica de tracción mandibular. (20)(Fig.Nº1)



*Fig Nº1 Tracción Mandibular*

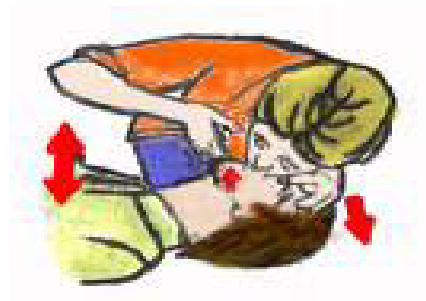
***B: VENTILACIÓN: Respiración boca a boca***

Una vez aperturada la vía aérea, procederemos a verificar si hay movimientos respiratorios VES (**V**er los movimientos respiratorios, **E**scuchar en la boca los ruidos respiratorios, **S**entir el aire espirado en la mejilla; durante 5 segundos).

*Si la víctima respira* colocar al paciente en posición lateral de seguridad. La obstrucción de la vía aérea por desplazamiento de la lengua hacia atrás, presencia de cuerpos extraños, secreciones o vómitos es mucho más frecuente en los pacientes inconcientes que respiran espontáneamente.

La colocación de la víctima en decúbito lateral nos ayudara a evitar estos problemas consiguiendo al mismo tiempo la salida de secreciones a través de la boca.(21)

Si la víctima **NO** respira enviaremos a alguien a buscar ayuda para el inicio de Soporte Vital Avanzado (SVA) , e iniciaremos las maniobras de reanimación respiratoria; realizamos la maniobra frente-mentón y con los dedos pulgar e índice en forma de pinza cerraremos las fosas nasales de la víctima, abriremos un poco la boca, pero manteniendo elevada la barbilla , realizaremos una respiración profunda y ajustaremos nuestros labios a su boca asegurando un perfecto sellado en caso de aplicar ventilación boca – boca efectuaremos 2 insuflaciones cada una de las cuales deberá ascender y descender el tórax de la víctima. La insuflación de aire deberá durar 1,5 a 2 segundos observando siempre la elevación del tórax, manteniendo la maniobra frente-mentón retiraremos nuestra boca y abrimos las fosas nasales para facilitar la espiración pasiva, comprobando el descenso de la caja torácica.(Fig.Nº2) (22)



**Fig. N°2 Respiración boca a boca**

La ventilación artificial sin protección de la vía aérea implica un alto riesgo de insuflación gástrica y bronco aspiración; los riesgos de insuflación gástrica dependen de varios factores:

- a) La presión proximal de la vía aérea , la cual va determinada por el volumen corriente y la frecuencia de insuflación
- b) La alineación de la cabeza y el cuello.
- c) La presión de apertura del esfínter esofágico inferior (aprox. 20 cm de H<sub>2</sub>O).

Si los pulmones del paciente están siendo ventilados con aire suficiente para elevar el tórax de forma clara , el volumen de respiración pulmonar debería ser de 700 a 1000 ml insuflados en 2 seg.; en la vía aérea no protegida, es decir cuando todavía no se ha intubado al paciente, menores volúmenes de respiración con oxígeno adicional pueden proporcionar una oxigenación adecuada a la vez que reducen el riesgo de insuflación gástrica, regurgitación y aspiración pulmonar.(23)

Luego de las insuflaciones, valore la conciencia, respiración y el pulso del paciente; Si continua con pulso, seguir con la ventilación y cada 10 respiraciones controlar nuevamente el pulso, realizando la reanimación completa si esta desaparece.

Hay dos situaciones que impiden realizar la respiración boca-boca : Cuando hay imposibilidad para la apertura de la boca , se realiza la técnica boca nariz manteniendo cerrada la boca del paciente e insuflando el aire por las fosas nasales; y cuando el paciente es portador de una traqueotomía la ventilación se realizara a través del estoma. (24)

*C.- CIRCULACION:* Cuando el paciente esta inconciente, no respira y no tiene pulso se trata de una parada cardiorrespiratoria. Se comprobará la ausencia del latido cardiaco mediante la palpación del pulso carotideo, aunque su localización es difícil para personal no entrenado, el ILCOR usa otros criterios para determinar la necesidad de la compresión torácico. En un paciente adulto arreactivo y apneico, se ha decidido usar la expresión “busque señales de circulación” que incluyen cualquier movimiento incluido la respiración y la deglución, se ha de comprobar también el pulso carotideo sin emplear en ello mas de 10 seg. La ausencia de cualquier señal de vida, no necesariamente la ausencia del pulso carotideo, deberá ser una indicación suficiente para comenzar las compresiones torácicas.

Una vez que el paciente esta en decúbito supino sobre una superficie dura, se efectúa 2 ventilaciones y se inicia los masajes cardiacos en relación 30:2 (25)

El punto del masaje cardiaco se identifica mediante palpación, se ubica la base del apéndice xifoides se coloca 2 dedos índice y medio por encima de la porción inferior del apéndice xifoides, inmediatamente situaremos el talón de una mano a continuación de los dos dedos en dirección cefálica y colocaremos el talón de la otra mano sobre la primera entrelazando los dedos de ambas manos sin que estos toquen el tórax para conseguir que la presión no se aplique directamente sobre las costillas ; se mantendrá los brazos rectos, la presión se realizara en la línea recta sobre el esternon, utilizando el peso de nuestro cuerpo hasta deprimirlo unos 5 cm , luego retiraremos sin perder el contacto de nuestras manos con el paciente; repetiremos esta secuencia a un ritmo aproximado de 100



compresiones por minuto, alrededor de 2 compresiones por segundo, La relación de compresiones torácicas/ventilación *será de 30/2 (Fig.Nº3). (26)*



*Fig. N°3 30:2 compresiones torácicos.*

#### D.- DESFIBRILACION:

Consiste en reinstaurar la circulación espontánea, existe varias razones que apoyan la desfibrilación lo más precoz posible, se ha informado la supervivencia del 90% cuando la desfibrilación se logra dentro del primer minuto de la PCR.

La posibilidad de éxito de la desfibrilación disminuye de forma rápida mientras transcurre el tiempo, cada minuto que se retrasa la desfibrilación disminuye un 10% la posibilidad de desfibrilación exitosa.

La importancia de la desfibrilación precoz ha llevado al desarrollo de los desfibriladores semiautomáticos para la utilización por personal no experto en medios hospitalarios y extrahospitalarios y reducir así los tiempos de demora en el diagnóstico electrocardiográfico y desfibrilación, ya que el desfibrilador interpreta el electrocardiograma y si reconoce una

fibrilación ventricular o taquicardia ventricular aconseja desfibrilar y espera la orden de descarga .

*“La desfibrilación temprana es el factor más importante para aumentar los porcentajes de supervivencia” (27)*

Continuaremos la RCP hasta que llegue ayuda especializada o se de inicio del Soporte Vital Avanzado (SVA).

*La monitorización electrocardiográfica establece un puente de unión entre la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.(28) (Fig.Nº4)*



*Fig Nº4 Desfibrilador Semiautomático*



*Fig Nº5 Colocación de los parches para la aplicación de las descargas eléctricas.*

## **2.- SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA):**

Agrupar el conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de PCR el ABC con equipo, la monitorización continua del ECG (interpretación y manejo de las arritmias), canalización de una vía venosa central y la utilización de drogas optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que estas se recuperen. (29)

Cualquier ritmo cardíaco deberá ser siempre valorado en el contexto clínico y descartar posibles desconexiones de electrodos e interferencias eléctricas que puedan simular ritmos asociados a paro cardíaco.

En esta fase de la reanimación se han descrito:

A.- Soporte Respiratorio Avanzado

B.- Soporte Circulatorio Avanzado

### **A.- SOPORTE RESPIRATORIO AVANZADO**

En el soporte respiratorio avanzado se utilizan pinzas de extracción de cuerpos extraños, potentes aspiradores, sondas de aspiración de diferentes tipos, cánula orofaríngea y dispositivos para abrir la vía aérea siendo la intubación endotraqueal la técnica de elección; la intubación es por vía orotraqueal y se debe comprobar la colocación correcta del tubo en tráquea auscultando ruidos en ambos pulmones al ventilar, si no se

consigue intubar precozmente es preferible mantener permeable la vía aérea con cánula orofaríngea, tubo copa, mascarilla laríngea. En presencia de obstrucción insalvable de la vía aérea superior que impide ventilar al paciente la punción cricotiroidea es la técnica de elección. (30)

**La Oxigenación:** Es un objetivo prioritario en la RCP, el aire espirado por el reanimador tiene una concentración de oxígeno de 16 a 18%, el aire ambiental es de 21% por lo que deben ser suplementados de forma rápida con oxígeno a la máxima concentración posible. Si ventilamos con AMBU conectado a la toma de oxígeno damos una concentración del 30 a 40%, en cambio si añadimos el reservorio al Ambú alcanzamos concentraciones próximas al 100%. (31)

Dentro de otros dispositivos básicos para la apertura de la vía aérea tenemos:

*\*Tubo de Mayo* se debe colocar en una persona con bajo nivel de conciencia, de lo contrario provocaría reflejos nauseosos.

*\*Mascarilla facial con bolsa autoinflable o AMBU* requiere de la colocación de un tubo orofaríngeo para la correcta aplicación y facilitará la ventilación, aunque es recordable hacerlo con el tubo endotraqueal, puesto que hay peligro de distensión gástrica y regurgitación con peligro de aspiración.

*\*Tubo Endotraqueal:* es el aislamiento definitivo de la vía aérea; lo habitual es usar tubos del Nº 8.5 y 9 en varones y en mujeres Nº 8 y 8.5. La intubación debe ir precedida de 3 minutos de pre oxigenación con oxígeno al 100%; si no se consigue intubar al paciente en 30 seg, se suspenderá el intento volviendo a ventilar al paciente; si es posible durante la intubación se debe aplicar la maniobra de Sellick.

*\*Punción Cricotiroides:* Es una vía alternativa en situaciones de emergencia que no se pueda ventilar ni intubar a un paciente; se puede realizar con un catéter N°12 de manera que la cánula de plástico quede en el espacio subglótico y este conectada al Ambú a través de un conector de tubo endotraqueal del N° 3 – 3.5, la ventilación se consigue mediante la oclusión intermitente de la perforación, permitiendo flujo de oxígeno hacia el paciente y la disolución intermitente que permita la espiración.(32)

Durante la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) además del electrocardiograma (ECG) y la presión arterial se debe monitorizar la oxigenación por medio de la pulsoximetría (mide la saturación arterial de oxígeno en sangre periférica). (Fig.N°6) (33)



*Fig N°6 Oxímetro de pulso*

Las técnicas de ventilación varían entre un sistema sencillo de bolsa de reanimación provista de una válvula unidireccional hasta los más sofisticados respiradores.

#### **B.- SOPORTE CIRCULATORIO AVANZADO:**

Las compresiones torácicas externas deben continuar durante las maniobras de SVA con la misma frecuencia descrita en el SVB.

Son dos técnicas alternativas al masaje cardíaco manual: *El Cardiopump* y *El Masaje Abdominal*.

***El Cardiopump*** es un dispositivo que se adhiere con una ventosa en el tercio inferior del esternon y el reanimador con las dos manos agarra el otro extremo y realiza la compresión y descompresión del tórax. (Fig.Nº7) (34)



Fig. Nº 7 Compresión y Descompresión con  
Cardiopump

La diferencia es que el masaje manual tradicional tiene una fase activa de compresión y una fase pasiva de descompresión, mientras que el cardiopump tiene las dos fases activas porque durante la descompresión el reanimador tira hacia arriba y produce una succión aumentando el volumen de sangre al final de la descompresión y mayor gasto cardíaco al comprimir. Estudios de laboratorios y clínicos han demostrado mejora en los parámetros hemodinámicos con el uso del cardiopump, pero no hay mejora en la supervivencia. (35)

La técnica de *compresión abdominal* se ha propuesto como alternativa de la RCP, una segunda persona comprime el abdomen en la fase de espiración de la compresión torácica. Esta técnica puede aumentar la presión aortica diastolita, el gasto cardiaco y las presiones de perfusión miocárdicas, se requiere de 3 personas durante la RCP y el paciente debe estar con intubación endotraqueal. (36)

*Vías de administración de fármacos:* Si el paciente no tiene una vía venosa canulada la elección es un acceso venoso central o periférico depende de la experiencia del reanimador, de no poder canular una vía venosa con rapidez se puede utilizar para administra fármacos el tubo endotraqueal , esta canulación de la vía venosa no debe retrasar nunca la desfibrilación eléctrica, la intubación endotraqueal y la ventilación con oxígeno. (37)

El suero que debe utilizarse durante la RCP es solución fisiológica.

La vena para el acceso periférico son las ante cubitales y la yugular externa, si se desea usar una vía venosa central es de elección la femoral porque no interrumpe el masaje cardiaco, aunque se debe utilizar un catéter largo que llegue hasta la vena cava inferior para que sea una vía central. Si se utilizara una vía periférica para la administración del fármaco se deben lavar con 20 ml de solución fisiológica y elevar el antebrazo.(38)

Cuando no se consigue un acceso venoso directo se puede administrar el fármaco por el tubo endotraqueal (adrenalina, atropina, lidocaina y naloxona), tras interrumpir las compresiones se inyecta el fármaco con fuerza y se administran 5 insuflaciones rápidas. La administración de fármacos por vía endotraqueal requiere el doble de dosis que por vía venosa diluida en 10cc de solución fisiológica, nunca se debe administrar por tubo endotraqueal bicarbonato, ni calcio.(39)

*Fármacos:*

El papel de los fármacos en el SVA es secundario y su fin es evitar el deterioro del medio interno (deterioro cerebral y miocárdico) los fármacos esenciales en el SVA son el oxígeno, atropina, adrenalina, bicarbonato, amiodarona y lidocaina.

*Oxígeno:* Es esencial en el SVA su administración aumenta el oxígeno arterial, mejorando la oxigenación tisular, se debe ventilar con bolsa de reservorio acopada al Ambú para administrar al paciente una concentración de oxígeno próxima al 100%.

*Adrenalina:* Tiene un efecto Alfa y Beta estimulante (vasoconstricción), su administración aumenta la frecuencia cardíaca, la contractibilidad miocárdica, la tensión arterial diastólica y media aumentando la presión de perfusión cerebral y miocárdica.

Dosis altas de adrenalina durante la PCR aumenta la perfusión coronaria y reducen el tiempo de recuperación del latido cardíaco espontáneo, pero puede exacerbar trastornos del miocardio postreanimación; además dosis altas de adrenalina no han mejorado la supervivencia y los resultados de recuperación neurológica a largo plazo; por consiguiente, no se recomienda para el uso de rutina.

Las dosis intravenosas recomendadas son de 1mg cada tres minutos tanto en fibrilación ventricular refractaria a 3 desfibrilaciones; disociación electromecánica, asistolia, bradicardia sintomática después de atropina y no tener marcapaso externo, ***NO MEZCLAR NUNCA CON BICARBONATO PORQUE SE INACTIVA.(40)***

*Atropina* Es un vagolítico disminuye el tono vagal cardíaco, aumentando la frecuencia cardíaca del nódulo sinusal y la conducción aurículo-ventricular;



esta indicado en asistolia y bradicardia con riesgo de asistolia o signos de gravedad. (41) Su presentación 1 ampolla de 1mg en 1ml.

En situaciones de asistolia, única dosis de 3mg (dosis de bloque vagal total) en bradicardia 1mg cada 2 min. (Máximo de 3 mg) dosis menores de 0.5mg pueden tener efecto parasimpaticomimético y agravar la bradicardia.

**Bicarbonato:** Es un alcalinizante con el que se pretende corregir la acidosis metabólica que se produce durante una PCR ; el bicarbonato presenta una serie de problemas: genera CO<sub>2</sub> produciendo acidosis respiratoria, produce hipernatremia, produce acidosis paradójica intracelular al difundir el CO<sub>2</sub> generado al interior de la célula y puede provocar alcalosis metabólica iatrogénica post parada.

Esta indicado en hiperpotasemia, cualquier situación de PCR tras realizar 3 ciclos del algoritmo correspondiente y con control gasometrito (pH< 7.10 o EB <-10); e intoxicación por antidepresivos triciclicos. Dosis inicial 1meq/kg. *No debe administrarse en perfusión si no en bolo.*(42)

**Lidocaina:** Disminuye el automatismo ventricular, retrasa la conducción en zonas isquemia y aumenta el umbral de desfibrilación (tras su administración se necesita mayor energía para desfibrilar); suprime eficazmente las arritmias ventriculares asociadas a isquemia de miocardio, se usa frecuentemente como un agente primera línea para tratar taquicardia de QRS ancho. Se ha visto que el uso profiláctico para prevenir arritmias aumenta la mortalidad por lo que se abandono su uso como profiláctico.

Actualmente se considera una antiarrítmico de segunda línea. (43)

Se usa en algoritmos de FV y TV sin pulso después del 4to choque.

TV monomorfa y polimorfa estable con función sistólica normal o disminuida y QT normal o prolongado.

Viene en ampollas al 2% , para conseguir 100mg es necesario 5 ml.

Dosis inicial 1mg/kg

Dosis de mantenimiento de 2 a 4 mg/min, hay que diluir 100ml de lidocaina al 2% en 400 ml de suero glucosado.

**Amiodarona:** Antiarrítmico clase III cuyo principal efecto es el de prolongar los periodos refractarios, siendo eficaz en el tratamiento de arritmias por reentradas de origen supraventricular y vasodilatador dependiendo de la dosis y velocidad de administración.

Esta indicado en FV y TV sin pulso después de 4 choques.

- Taquicardia QRS ancho estable de origen incierto, sobre todo cuando hay disfunción sistólica FE< 40%.
- Taquicardia ventricular estable monomorfa y polimorfa.
- Fibrilación y flutter auricular con función sistólica normal y con función sistólica deprimida.
- Taquicardia supraventricular.

Viene en vial de 150mg; dosis inicial 300mg en 100 ml de suero fisiológico, de mantenimiento 300mg en 250 ml de SF a 30ml/hr o 900 mg en 250 ml de SF a 10ml/hr. (44)

**Diltiazem:** es un bloqueante del canal de calcio, produce efectos cronotrópico negativos directos y potentes; también es inotrópico negativo aunque menos que el verapamilo, es útil para controlar la respuesta rápida ventricular de la fibrilación auricular.

Esta indicado para el control de la frecuencia ventricular en FA, viene en vial de 25mg/4ml.

Dosis inicial 0.25mg/kg luego 0.35 mg/kg; dosis de mantenimiento 5 – 15mg/hr.(45)

#### *ARRITMIAS:*

Se define como arritmias a todos aquellos ritmos cardiacos diferentes al ritmo sinusal normal. En estos casos la utilización de un monitor-desfibrilador es útil para:

Diagnosticar arritmias asociadas a la parda cardiaca.

Reconocer arritmias potencialmente peligrosas, identificando situaciones de preparada.

En una arritmia cardiaca tras la monitorización precoz con las palas del monitor – desfibrilador, podemos encontrarnos ante uno de los 4 ritmos asociados a dicha situación:

- Fibrilación ventricular
- Taquicardia ventricular sin pulso
- Disociación electromecánica
- Asistolia.

Ellos nos permitirá aplicar el algoritmo específico lo mas precozmente posible y conseguir la restitución de la circulación espontánea. Hay arritmias que por si mismos no están asociadas a una parada cardiaca pero pueden desencadenarla y por ello es preciso reconocerlas y tratarlas precozmente. (46)

El mecanismo fisiopatológico por el cual pueden provocar parada cardiaca es de dos tipos:

a.- *Fenómenos eléctricos* que expresan irritabilidad ventricular casi siempre en relación a isquemia miocárdica, como extrasístoles ventriculares peligrosos que puedan desencadenar una FV o TV y parada cardíaca. (47)

b.- *Arritmias* que por ser ritmos muy rápidos (taquicardias) o muy lentos (bradicardias y bloqueos) producen inestabilidad hemodinámica con bajo gasto y/o isquemia miocárdica. (48)

Taquiarritmias con QRS estrecho, valorar:

- Deterioro del nivel de conciencia
- Signos de bajo gasto
- Dolor precordial
- PA sistólica menor de 90 mmhg
- FC > 200 latidos por minuto.

Taquiarritmias con QRS ancho ( $QRS > 0.12S$ ):

- Taquicardia ventricular (TV)
- Taquicardia supraventricular con conducción aberrante (bloqueo de rama basal)
- Fibrilación o flutter auricular con conducción por una vía accesorio.

Cuando el contexto de una RCP se presenta un QRS ancho se debe asumir que se trata de una TV, más del 80% lo son; siendo importante determinar la presencia de pulso o no. (49)

*Desfibrilación:*

Constituye actualmente uno de los pilares fundamentales en el tratamiento exitoso del paro cardiaco; ello es debido a dos factores:

\*La mayor parte de las muertes súbitas son debidas a FV.

\*La PCR por Fibrilación Ventricular (FV) son las que más probabilidades tienen de ser reanimadas con éxito.

*El éxito del Soporte Vital Avanzado depende la precocidad en aplicar la desfibrilación. (50)*

La posibilidad de sobrevivir a una FV es máxima si la desfibrilación se aplica dentro de los primeros 90 segundos, posteriormente esta probabilidad va disminuyendo a medida que se deteriora el medio interno del miocardio. (51)

El desfibrilador es un condensador que al ser accionado provoca una descarga de corriente continua, actualmente se usan cada vez mas los desfibriladores automáticos y semiautomáticos que identifican la FV y adaptan la energía de la descarga eléctrica a la impedancia transtoracica, su utilización puede aumentar la eficacia de las desfibrilaciones al mismo tiempo que reduce la lesión miocárdica en pacientes con una impedancia transtoracica anormalmente elevada o baja. Durante la desfibrilación evitaremos cualquier contacto con el paciente, ropa mojada y excesivo o insuficiente gel conductor, las palas se apoyarán correctamente en la pared torácica del paciente y tendremos especial cuidado en la posición y tamaño de las mismas. (52)

Las palas se mantendrán alejadas de 12 a 15 cm. de los marcapasos implantados ; durante la desfibrilación manual , el reanimador avisara antes de producir la descarga , si se trata de desfibriladores automáticos se reconocerá una señal audible antes de la descarga.

La desfibrilación se practicara en tandas de tres seguidas con energía de 360J, 360J y 360J y con el monitor desfibrilador seleccionada en la derivación II. (53)

En caso de fibrilación ventricular refractaria, la energía de las siguientes desfibrilaciones será de 360J, después de cada desfibrilación se debe comprobar el pulso únicamente en el caso de que aparezcan cambios en la morfología de la onda que sea compatible con un gasto cardiaco adecuado.

Solo una porción de la energía administrada en cada desfibrilación atraviesa el miocardio. Las causas mas frecuentes de perdida de energía son un inadecuado contacto con las palas o tamaño inadecuado de las mismas. Una de las palas debe estar situada debajo de la clavícula derecha en la línea media clavicular y la otra encima de las costillas inferiores izquierdas en la línea axilar anterior (ápex cardiaco).

***El conocimiento*** puede ser analizado desde diferentes puntos de vista; Así en pedagogía el conocimiento es denominado como tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso ya vivido, también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción inteligencia, razón. (54) Se clasifica en: Conocimiento sensorial; frente a la percepción de hechos externos. Conocimiento intelectual; que tiene como origen las concepciones aisladas.

Mario Bunge: define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados; que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto; en base a ello tipifica el conocimiento en: Conocimiento Científico y Ordinario o vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación. (55)

Desde el punto de vista filosófico, Salazar Bondy; define el conocimiento: en primer lugar como un acto, y segundo como un contenido; dice del conocimiento como acto, que es la aprehensión de una cosa, una propiedad hecho u objeto, por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquél que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivas pueden independizarse del sujeto gracias al lenguaje, tanto para sí mismos, como para otros sujetos (56)

Sobre el conocimiento Kant; afirma que está determinado por la intuición sensible y los conceptos; distinguiéndose 2 tipos de conocimientos, el puro y el empírico. El primero se desarrolla antes de la experiencia y el segundo después de la experiencia.(57)

El conocimiento es un conjunto de ideas, los mismos que pueden ser ordenados; siendo importante considerar que todos tenemos conocimientos; el cual puede ser vago e inexacto pero que se vuelve racional y verificable

a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual.

A continuación se presenta la definición operacional de términos, el cual permitirá una mayor comprensión de los términos utilizados en esta investigación.

**Conocimientos:**

Es toda aquella información que posee la Enfermera sobre las maniobras de RCP, el cual será obtenido mediante un formulario tipo cuestionario y valorado en alto, medio y bajo.

**Reanimación Cardiopulmonar:**

Conjunto de maniobras, técnicas que ayudan a resolver un paro cardiorespiratorio, sustituyendo la función cardíaca y respiratoria.

**Paro Cardiorespiratorio:**

Situación que cursa con una interrupción inesperada de la función del corazón y la respiración, poniendo en riesgo la vida del paciente; siendo esta potencialmente reversible.



## CAPITULO II MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal ya que permite presentar la información tal y como se presenta en la realidad en un tiempo y espacio determinado.

El estudio se realizó en el Programa de Segunda Especialización en Enfermería ubicada en el segundo piso del local central Facultad de Medicina Av. Grau 755.

La población estuvo conformada por todas las estudiantes de Enfermería del Programa de Segunda Especialidad en Enfermería ingresantes 2005, para obtener la muestra se utilizó la formula estadística de proporciones para una población finita, considerando para ello “p” como 0.5, con un nivel de confianza del 95% y un error de estimación del 0.1, obteniéndose un total de 72 estudiantes como mínimo. (Anexo C).

Teniendo en cuenta los siguientes *Criterios de Inclusión*:

- ✓ Estudiantes de la segunda Especialidad en Enfermería de las 8 áreas que asistieron el día de la aplicación del cuestionario.
- ✓ Estudiantes de la segunda Especialidad en Enfermería de las 8 áreas que aceptaron participar en el estudio.

*Y los criterios de exclusión:*

- ✓ Estudiantes de la segunda Especialidad en Enfermería de las 8 áreas que no asistieron el día de la aplicación del cuestionario.

- ✓ Estudiantes de la segunda Especialidad en Enfermería de las 8 áreas que no desearon participar en el estudio.

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario, el cual consta de: título, introducción, instrucciones, datos generales y el contenido que consta de 26 ítems. (Anexo D)

Para determinar la validez del contenido se realizó el juicio de expertos a cargo de profesionales con experiencia en el área, el cual fue sometido a la prueba binomial mediante la tabla de concordancia. (AnexoE )

Una vez concluido el juicio de expertos se procedió a realizar la prueba piloto a 15 estudiantes que reunieron las características de la muestra, posteriormente se procedió a determinar la confiabilidad mediante la prueba estadística  $\infty$  de Combrach (Anexo H) y la validez del contenido mediante la prueba estadística  $r$  de Pearson (Anexo G), finalmente el instrumento quedo con 26 ítems y un nivel de confianza de 95 %

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos en la unidad de post grado programa segunda especialización en Enfermería a fin de obtener las facilidades pertinentes para la recolección de datos, luego de la aprobación se realizaron coordinaciones con la profesora responsable del curso a fin de iniciar la recolección de datos considerando un promedio de 30 minutos para su aplicación.

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados previa elaboración de tabla de códigos y tabla matriz y el uso del paquete estadístico de Excel y SPSS 11 a fin de presentar los resultados en tablas y gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la escala de stanones considerando Conocimiento alto más de 35 puntos, Conocimiento medio entre 22 y 34 puntos y Conocimiento bajo menos de 21 puntos; en la ***Dimensión de Soporte Vital Básico*** Conocimiento alto más de 17 puntos, Conocimiento medio entre 11 y 16 puntos y Conocimiento bajo menos de 10 puntos; en la ***Dimensión de Soporte Vital Avanzado*** Conocimiento alto más de 19 puntos, Conocimiento medio entre 11 y 18 puntos y Conocimiento bajo menos de 10 puntos.(Anexo J)

Dentro de las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la autorización de las autoridades del Programa de Segunda Especialización en enfermería y el consentimiento informado de las estudiantes de la Segunda Especialidad ingresantes 2005.

### CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

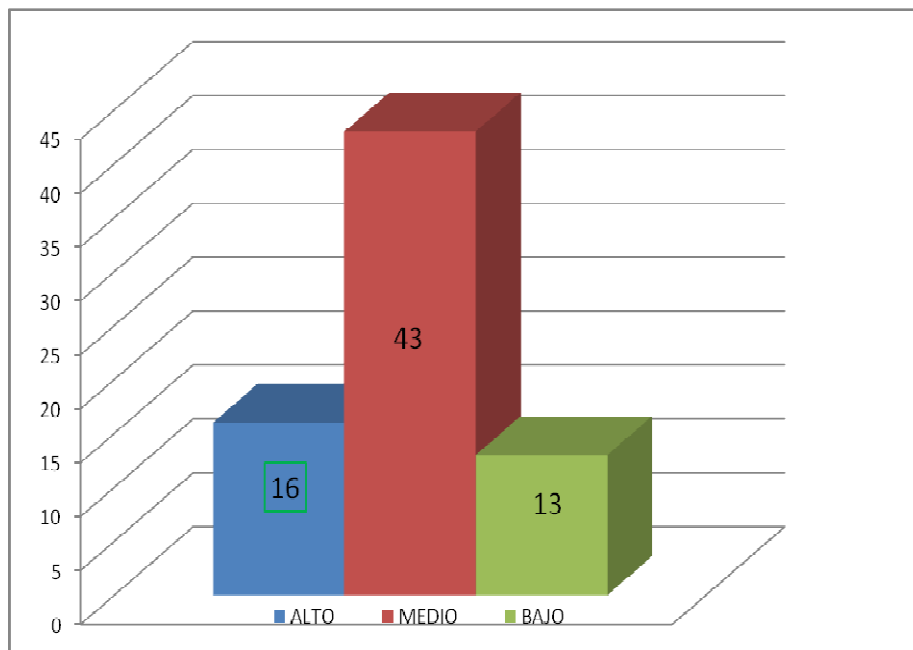
Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados presentándose los resultados en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación respectiva.

En relación a la Especialidad que están realizando las estudiantes del Programa de Segunda Especialización tenemos que de 72 (100%), 23 (31.94%) son de Enfermería Intensiva; 16(22.22%) son de Enfermería en Emergencia y Desastres ; 8 (11.11%) son de Enfermería en Centro Quirúrgico ; 8 (11.11%) son de Enfermería Cardiológica ; 7 (9.72%) son de Enfermería Pediátrica ; 6(8.34%) son de Enfermería Oncológica , 2 (2.78%) son de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría y 2 (2.78%) son de Enfermería en Salud Pública. (Anexo K)

El Programa de segunda Especialidad en Enfermería de la UNMSM ofrece a las Enfermeras la oportunidad de realizar estudios complementarios que permiten su desarrollo y superación profesional, los conocimientos adquiridos les permitirá brindar una atención especializada y oportuna a los pacientes a sus cargo.

**GRAFICO N° 1**

**CONOCIMIENTOS SOBRE RCP DE LAS ESTUDIANTES DE LA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA – INGRESANTES  
2005**



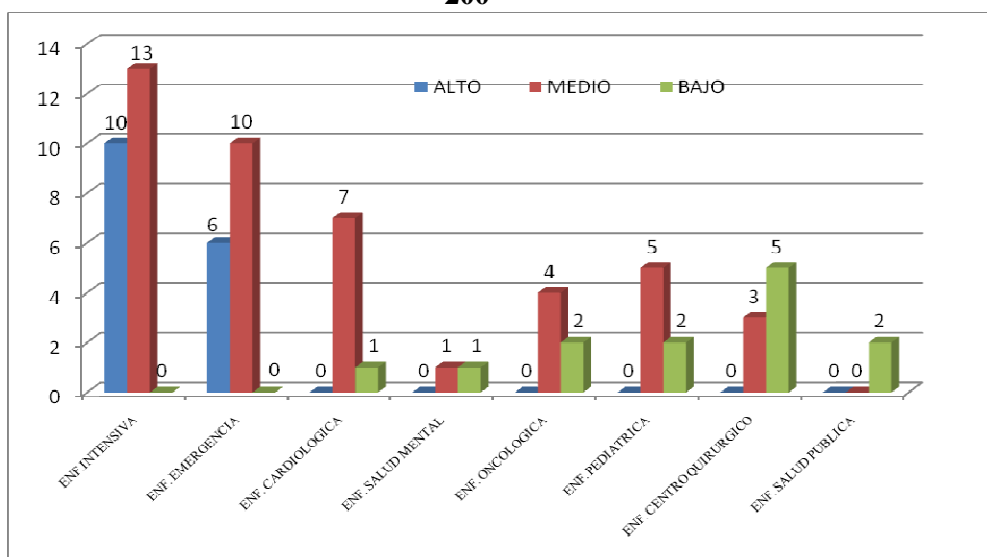
*Fuente: Instrumento aplicado a las estudiantes de la 2da Especialidad en Enfermería*

En relación a los Conocimientos de las Estudiantes de la Segunda Especialización en Enfermería de 72 (100%) 43(59.73%) tienen un Conocimiento Medio sobre RCP; 16 (22.22%) Tiene un Conocimiento Alto y 13 (18.05%) tiene un Conocimiento Bajo.

La calidad de la atención a los pacientes esta dado por la aplicación de conocimientos y tecnología frente a un determinado suceso, es así que el Paro Cardiorrespiratorio es el suceso que cobra mayor importancia en una emergencia médica.

**GRAFICO N°2**  
**CONOCIMIENTOS SOBRE RCP DE LAS ESTUDIANTES DE**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA SEGÚN**  
**ESPECIALIDAD INGRESANTES 2005**

**LIMA-PERU**  
**200**



*Fuente: Instrumento aplicado a las estudiantes de la 2da Especialidad en Enfermería*

- En cuanto a los Conocimientos de los Estudiantes de la Segunda Especialidad en Enfermería según Especialidad tenemos que de 72 (100%), se evidencia que Enfermería Intensiva 23 (31.94%); 10 (13.89%) tienen Conocimiento Alto, 13 (18.01%) Conocimiento Medio; en Enfermería en Emergencia y Desastres 16 (22.22%), 10 (13.88%) tienen Conocimiento Medio, 6 (8.33%) Conocimiento Alto; Enfermería Cardiológica 8 (11.11%) ,7 (9.72%) tienen Conocimiento Medio, 1 (1.39%) Conocimiento Bajo; Enfermería Oncológica 6 (8.33%), 4(5.59%) tienen Conocimiento Medio, 2 (2.78%) Conocimiento Bajo, Enfermería Pediátrica 7 (9.72%) 5

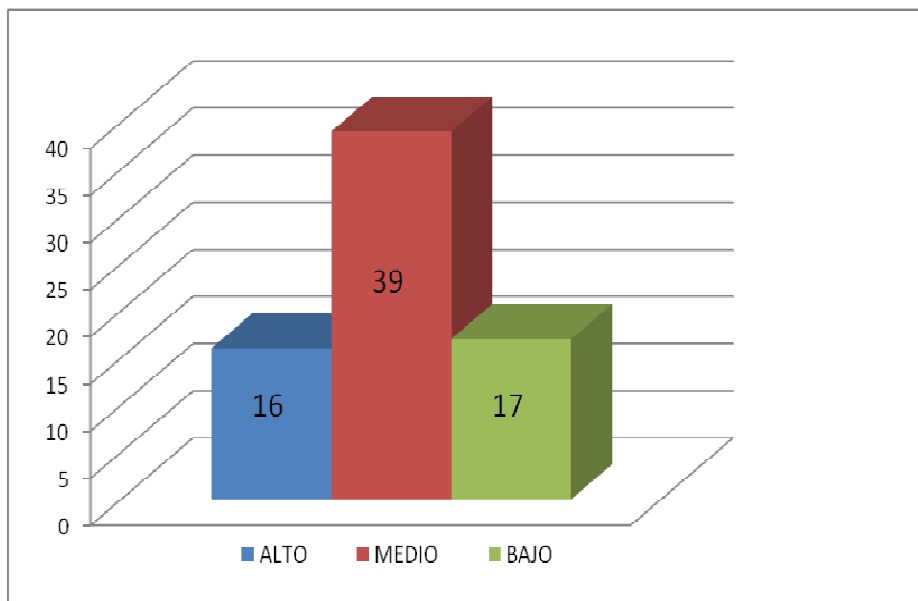
(6.94%) Conocimiento Medio, 2 (2.78%) Conocimiento Bajo, Enfermería en Centro Quirúrgico 8 (11.11%), 5 (6.94%) tienen Conocimiento Bajo y 3 (4.16%) Conocimiento Medio y Enfermería en Salud Pública 2 (2.78%) tienen Conocimiento Bajo respecto a Reanimación Cardiopulmonar.

Podemos concluir que las Especialidades de Enfermería Intensiva como Enfermería en Emergencias y Desastres presentan conocimientos medios con tendencia a alto, esto evidenciado en que ellos están en permanente contacto con pacientes potenciales a sufrir un paro cardiorrespiratorio lo que fortalece sus Conocimientos y practica frente a este evento. Las Especialidades de Enfermería Cardiológica, Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Enfermería Oncológica, Enfermería Pediátrica, y Enfermería en Centro Quirúrgico tienen Conocimiento Medio con tendencia a bajo evidenciado en el desconocimiento sobre manejo circulatorio y sobre el soporte avanzado en RCP; así mismo la Especialidad de Enfermería en Salud Pública presenta Conocimiento Bajo.

GRAFICO N° 3

CONOCIMIENTOS SOBRE RCP DE LOS ESTUDIANTES DE  
LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA CON RESPECTO A  
SOPORTE VITAL BASICO – INGRESANTES 2005

LIMA – PERÚ  
200



*Fuente: Instrumento aplicado a las estudiantes de la 2da Especialidad en Enfermería*

Respecto a las maniobras de Soporte Vital Básico de 72 (100%) 39 (54.17) tiene Conocimiento Medio, 17 (23.61%) Conocimiento Bajo y 16 (22.22%) Conocimiento Alto.

El Soporte Vital Básico agrupa Conocimientos y habilidades para identificar pacientes con paro cardíaco y/o respiratorio en el ambiente hospitalario, basado en 4 pasos que son el ABCD de la reanimación: Análisis de la Situación, Ventilación, Circulación, Desfibrilación.

En cuanto al Conocimiento Medio y Alto esta principalmente relacionado al manejo de vías aéreas y ventilación; así como el



Conocimiento Bajo está relacionada principalmente a que las estudiantes aun no tienen presente que el masaje cardiaco es de 30: 2.

Pudiéndose concluir que el Conocimiento de las estudiantes de la Segunda Especialidad en Enfermería es medio con tendencia a bajo.

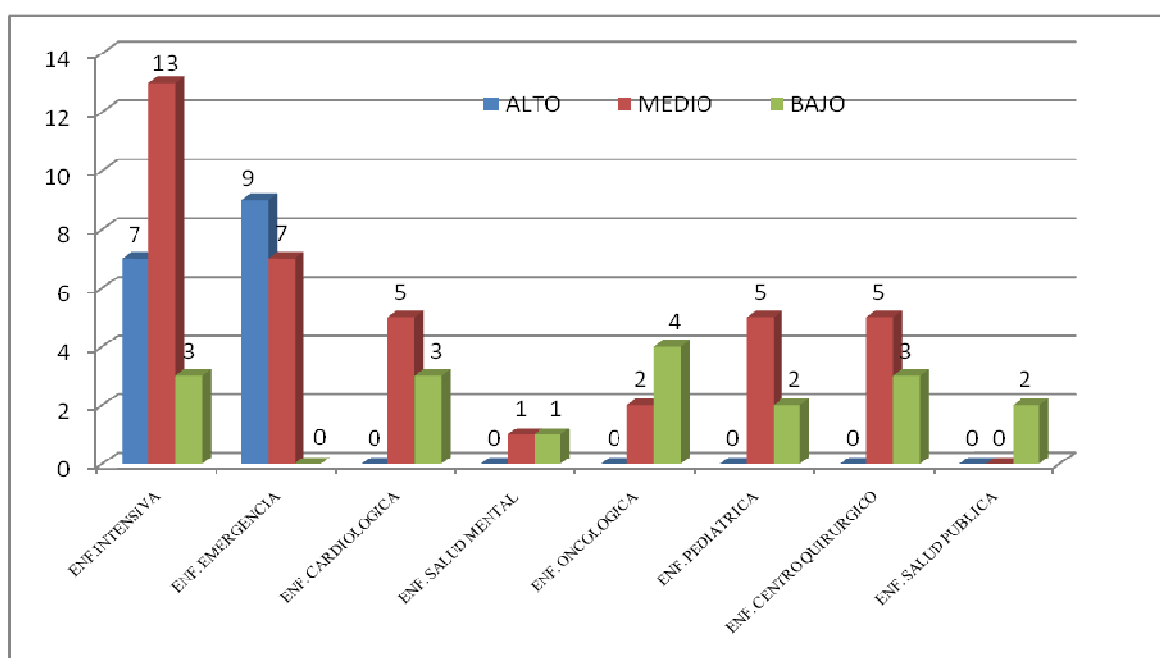
En grafico N° 4 se evidencia en relación a Conocimiento sobre Soporte Vital Básico según especialidad, en Enfermería Intensiva 13 (18.01%) presenta Conocimiento Medio, 7 (9.72%) Alto 3 (4.16%) Bajo; Enfermería en emergencia y Desastre 9 (12.5%) Conocimiento Alto, 7 (9.72%) Medio; Enfermería cardiológica 5 (6.94%) Conocimiento Medio, 3 (4.16%) Bajo; Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría 1 (1.39%) Conocimiento Medio y Bajo; Enfermería Oncológica 4 (5.59%) Conocimiento Bajo; 2 (2.78%) Medio; Enfermería en Salud Pediátrica 5 (6.94 %) Conocimiento Medio, 2 (2.78%) Bajo, Enfermería en centro Quirúrgico 5 (6.94%) Conocimiento Medio, 3 (4.16%) Bajo y Enfermería en Salud Publica 1 (1.39%) tienen Conocimiento bajo y Medio.

En cuanto a conocimiento medio y bajo se ve evidenciado principalmente por desconocimiento sobre circulación (masaje cardiaco) tanto en la frecuencia, punto y profundidad del masaje cardiaco.

**Grafico N°4**

**CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BASICO DE LAS  
ESTUDIANTES DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA  
SEGÚN ESPECIALIDAD INGRESANTES 2005**

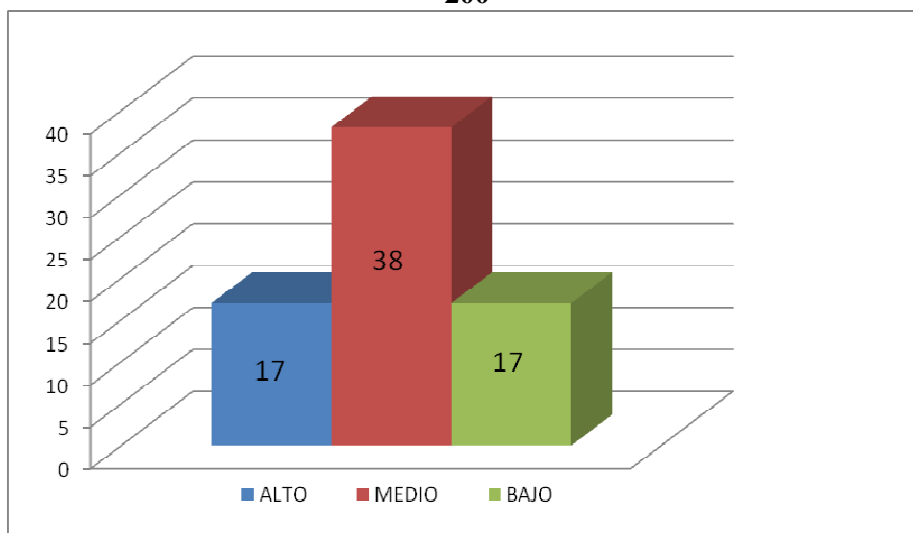
**LIMA-PERU  
200**



*Fuente: Instrumento aplicado a las estudiantes de la 2da Especialidad en Enfermería*

**GRAFICO N° 5**  
**CONOCIMIENTOS SOBRE RCP DE LOS ESTUDIANTES DE**  
**LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA CON**  
**RESPECTO A SOPORTE VITAL AVANZADO – INGRESANTES**  
**2005**

**LIMA – PERÚ**  
**200**



*Fuente: Instrumento aplicado a las estudiantes de la 2da Especialidad en Enfermería*

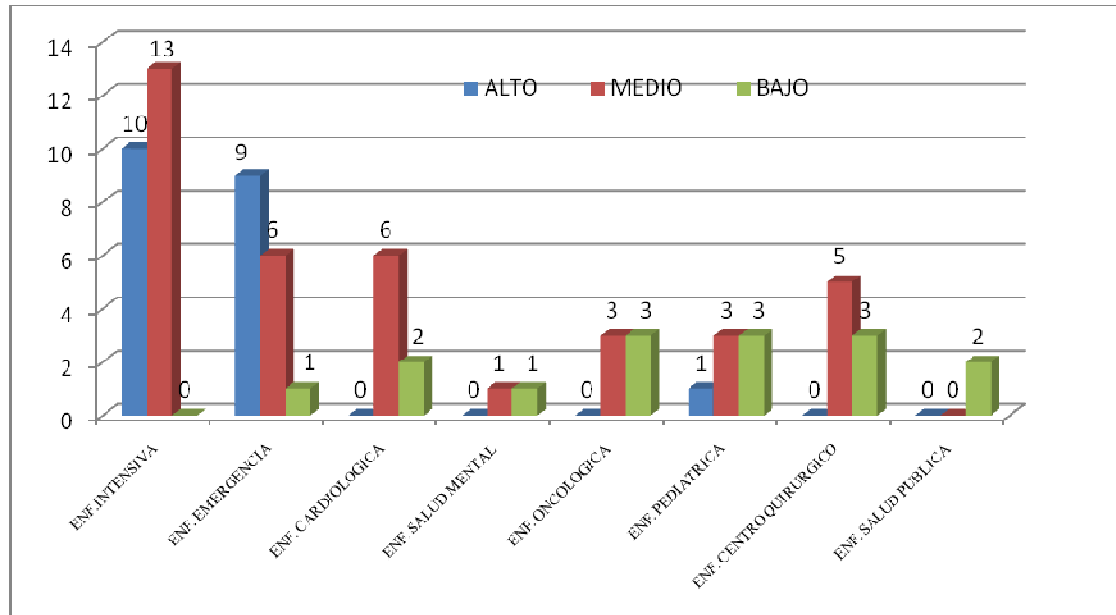
En relación a Conocimiento sobre Soporte Vital Avanzado de 72 (100%) 38(52.78%) tienen Conocimiento Medio, 17(23.65%) Conocimiento Alto y Bajo.

El soporte vital Avanzado agrupa conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras para dar tratamiento definitivo al Parocardiorespiratorio: Soporte Respiratorio Avanzado y Soporte Circulatorio Avanzado.

En cuanto a los ítems sobre conocimiento alto se evidencia principalmente al conocimiento sobre Soporte Circulatorio Avanzado; el conocimiento medio y bajo esta dado por el desconocimiento sobre Soporte Respiratorio Avanzado: la actuación frente a un paciente recientemente intubado con hipo ventilación en hemitorax izquierdo y actuar frente a una intubación difícil.

**Grafico N°6**

**CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL AVANZADO EN LAS ESTUDIANTES DE POST GRADO SEGÚN ESPECIALIDAD INGRESANTES 2005**



*Fuente: Instrumento aplicado a las estudiantes de la 2da Especialidad en Enfermería*

En cuanto a conocimiento sobre SVA de las Estudiantes de Segunda Especialidad se evidencia Enfermería Intensiva 13 (18.01 %) Conocimiento Medio 10 (13.89%) Conocimiento Alto; Enfermería en Emergencia y Desastre 9 (12.55%) Conocimiento Medio, 6 (8.33%) Conocimiento Alto, 1 (1.39 %) Conocimiento Bajo; Enfermería Cardiológica 6 ( 8.33%) Conocimiento Medio, 2 (2.78%) Conocimiento Bajo; Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría 1 (1.35%) Conocimiento Medio y Bajo; Enfermería Oncológica 3 (4.17%) Conocimiento Medio y Bajo; Enfermería Pediátrica 3 (4.17%) Conocimiento Medio y Bajo, 1 (1.39%) Conocimiento Alto; Enfermería de Centro Quirúrgico 5(6.94%) Conocimiento Bajo, 3 (4.17%)

Conocimiento Medio y Enfermería en Salud Pública 2 (2.78%) tienen Conocimiento Bajo.

El Conocimiento Medio y Bajo se evidencia principalmente sobre desconocimiento en Soporte Respiratorio Avanzado y Conocimiento Alto influenciado en Soporte Circulatorio Avanzado.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

**Las conclusiones a las que se llegó en el presente estudio fueron:**

- Que los Conocimientos de las estudiantes de segunda especialidad en Enfermería sobre RCP la mayoría 43 (59.73%) tienen conocimiento medio, 16 (22.22%) conocimiento alto y 13 (18.05%) conocimiento bajo, con respecto a los conocimientos en Soporte Vital Básico y Soporte Vital Avanzado.
- En cuanto a los Conocimientos de los Estudiantes de la Segunda Especialidad en Enfermería en Soporte Vital Básico la mayoría 39 (54.17%) tienen Conocimiento Medio, 17 (23.61%) Conocimiento Bajo y 16 (22.22%) Conocimiento Alto; evidenciando el Conocimiento Alto y Medio en el manejo de vías aéreas y ventilación; así como el Conocimiento Bajo evidenciando por desconocimiento sobre masaje cardiaco.
- En cuanto a los conocimientos de los Estudiantes de la Segunda Especialidad en Enfermería en Soporte Vital avanzado 38 (52.78%) tienen conocimiento Medio y 17 (23.61%) conocimiento bajo; evidenciando principalmente conocimiento alto por manejo de Soporte Circulatorio Avanzado, Conocimiento Medio y Bajo influenciando por manejo de Soporte Respiratorio Avanzado, es decir, : la actuación frente a un paciente recientemente intubado con

hipoventilación en hemitorax izquierdo y actuar frente a una intubación difícil.

- En relación a los conocimientos de los estudiantes de la Segunda Especialidad en Enfermería, se evidencia que Enfermería Intensiva 10 (13.89%) tienen Conocimiento Alto, 13 (18.01%) Conocimiento Medio; en Enfermería en Emergencia y Desastres 10 (13.89%) Conocimiento Medio, 6 (8.33%) conocimiento alto; Enfermería Cardiológica 7 (9.72%) Conocimiento Medio, 1 (1.39%) Conocimiento Bajo; Enfermería Oncológica 4 (5.56%) Conocimiento Medio, 2 (2.78%) Conocimiento Bajo, Enfermería Pediátrica 5 (6.94%) Conocimiento Medio, 2 (2.78%) Conocimiento Bajo; Enfermería en Centro Quirúrgico 5 (6.94%) conocimiento bajo y 3 (4.16%) Conocimiento Medio y Enfermería en Salud Publica 2 (2.78%) tienen Conocimiento Bajo respecto a Reanimación cardiopulmonar tanto en Soporte Vital Básico y avanzado.
- En cuanto a Conocimiento sobre Soporte Vital Básico se evidencia en Enfermería Intensiva 13 (18.01%) presenta Conocimiento Medio, 7 (9.72%) Conocimiento Alto, 3 (4.2%) Conocimiento Bajo; Enfermería en emergencia y Desastre 9 (12.5%) Conocimiento Alto, 7 (9.72%) Conocimiento Medio; Enfermería Cardiológica 5 (6.94%) Conocimiento Medio, 3 (4.16%) Conocimiento Bajo; Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría 1 (1.39%) Conocimiento Medio y Bajo; Enfermería Oncológica 4 (5.59%) Conocimiento Bajo; 2 (2.78%) Conocimiento Medio; Enfermería Pediátrica 5 (6.94 %) Conocimiento Medio, 2 (2.78%) Conocimiento Bajo, Enfermería en Centro Quirúrgico 5 (6.94%) Conocimiento Medio, 3

(4.16%) Bajo y Enfermería en Salud Publica 1 (1.39%) tienen Conocimiento Bajo y Medio. El conocimiento medio y bajo se ve influenciado por desconocimiento sobre circulación (masaje cardiaco) tanto en la frecuencia, punto y profundidad del masaje cardiaco.

- En cuanto a conocimiento sobre SVA de las Estudiantes de Segunda Especialidad se evidencia Enfermería Intensiva 13 (18.01 %) Conocimiento Medio 10 (13.89%) Conocimiento Alto; Enfermería en Emergencia y Desastre 9 (12.55%) Conocimiento Medio, 6 (8.33%) Conocimiento Alto, 1 (1.39 %) Conocimiento Bajo; Enfermería Cardiológica 6 (8.33%) Conocimiento Medio, 2 (2.78%) Conocimiento Bajo; Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría 1 (1.35%) Conocimiento Medio y Bajo; Enfermería Oncológica 3 (4.17%) Conocimiento Medio y Bajo; Enfermería Pediátrica 3 (4.17%) Conocimiento Medio y Bajo, 1 (1.39%) Conocimiento Alto; Enfermería de Centro Quirúrgico 5(6.94%) Conocimiento Bajo, 3 (4.17%) Conocimiento Medio y Enfermería en Salud Publica 2 (2.78%) tienen Conocimiento Bajo.

El Conocimiento Medio y Bajo se evidencia principalmente sobre desconocimiento en Soporte Respiratorio Avanzado y Conocimiento Alto influenciado en Soporte Circulatorio Avanzado.

**Las recomendaciones que se derivan del presente estudio son:**

1. Que el Programa de Segunda Especialidad en Enfermería coordine con las enfermeras responsables de cada Especialidad para elaborar



programas de educación continua relacionados a Reanimación cardiopulmonar; optando medidas de cambio en la atención oportuna y precoz frente a un paciente que cursa un paro cardiorespiratorio.

2. Que se realice un estudio comparativo entre conocimientos y prácticas de las estudiantes de la Segunda Especialidad en Enfermería sobre RCP.

**La limitación del presente estudio fue que:**

Los resultados de este estudio no pueden ser generalizados a otras poblaciones, pues sólo son válidas para la población en estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) LUEJES GARCÍA, Tania. Reanimación cardiopulmonar: Resultado en el centro de Urgencias médicas. La Habana – Cuba, 2001
- (2) LOPEZ RODRIGUEZ, Martha. Capacitación en Soporte Vital Básico en la Clínica Cira García, La Habana Cuba.
- (3) SANCHEZ PERALES, Fernando. Taller de RCP Avanzada, Madrid España 2006
- (4) American Heart Association: Consensus conference on Cardiopulmonar resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Texas, 2005
- (5) Op. Cit (4)
- (6) GARCIA GUASCH, Rocer. Recomendaciones sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica y avanzada en adultos. 2004
- (7) MULLO J. y RODRIGUEZ J. Conocimientos y conductas en Reanimación Cardiopulmonar en los estudiantes de medicina de la ciudad de Tacna. Perú, 2003
- (8) Op. Cit (1)
- (9) Sociedad de Emergencias y Desastres: Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada. Perú, 2003
- (10) PEREZ VELA, JL, Perales y Rodríguez de Viguri N, Cantalapiedra-Santiago JA, Álvarez-Fernández JA. Recomendaciones en resucitación Cardiopulmonar [citado 2001 May 20]. Disponible en URL: <http://www.united.edu/tratado/índice.html>.
- (11) Op. Cit (9)

- (12) Op. Cit (4)
- (13) LARA BLANCO, Isabel. Capacitación sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica a personal de Enfermería por criterios de conocimientos, Aptitud y actitud. México, 2001
- (14) Op. Cit (1)
- (15) ARANGO DÍAZ, Ariel. Conocimientos teóricos de los métodos de familia sobre reanimación Cardiopulmonar. Cuba, 2000
- (16) Op. Cit (9)
- (17) Op. Cit (10)
- (18) SILVA GARCIA, Luis. Soporte Vital Básico. Ed MAD España 1º ed 2006
- (19) Ibid
- (20) Op. Cit (9)
- (21) Ibid
- (22) Ibid
- (23) PERALES RODRIGUEZ N. Manual de Soporte Vital Avanzado, 4ta ed , Barcelona- España, Ed Elsevier Doyma
- (24) Op. Cit (9)
- (25) Op. Cit (4)
- (26) Op. Cit (9)
- (27) Ibid
- (28) Ibid
- (29) Op. Cit (3)
- (30) Op. Cit (9)
- (31) Ibid
- (32) Ibid
- (33) Op. Cit (23)
- (34) Ibid

- (35) Ibid
- (36) Op. Cit (9)
- (37) Ibid
- (38) Ibid
- (39) Ibid
- (40) P.R. Vademecum Farmacológico. Ed Lexus 2006
- (41) Ibid
- (42) Ibid
- (43) Ibid
- (44) Op. Cit (9)
- (45) Op. Cit (40)
- (46) Op. Cit (23)
- (47) Ibid
- (48) Op. Cit (9)
- (49) Ibid
- (50) Ibid
- (51) Op. Cit (23)
- (52) Op. Cit (9)
- (53) Op. Cit (4)
- (54) Op. Cit (7)
- (55) BUNGE, Mario. La ciencia y su método y filosofía. Ediciones siglo XX. Buenos Aires, 1971
- (56) SALAZAR BONDI, Augusto. Introducción a la Filosofía. 1971
- (57) Op. Cit (55)

## **BIBLIOGRAFÍA**

American Heart Association: Consensus conference on Cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Texas, 2005

ARANGO DÍAZ, Ariel. Conocimientos teóricos de los métodos de familia sobre reanimación Cardiopulmonar. Cuba, 2000

BUNGE, Mario. La ciencia y su método y filosofía. Ediciones siglo XX. Buenos Aires, 1971

CANALES, Francisca. Metodología de la investigación manual para el desarrollo de personal de salud. 2da. Edición; Washington, Editorial OPS. 2000

GARCIA GUASCH, Rocer. Recomendaciones sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica y avanzada en adultos. 2004

LARA BLANCO, Isabel. Capacitación sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica a personal de Enfermería por criterios de conocimientos, Aptitud y actitud. México, 2001

LÓPEZ GONZALEZ A, García Fernández. C. Estudio comparativo del aprendizaje de técnicas de reanimación cardiopulmonar básicas. [citado 2004 Ene 09]. Disponible en URL: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revistanumero%205rebasicas5htm>.

LOPEZ RODRIGUEZ, Martha. Capacitación en Soporte Vital Básico en la Clínica Cira García, La Habana Cuba.

LUCIO PEÑA, Gerardo. Proceso Enfermería en la Reanimación Cardiopulmonar Avanzada. México, 2000.

LUEJES GARCÍA, Tania. Reanimación cardiopulmonar: Resultado en el centro de Urgencias médicas. La Habana – Cuba, 2001

MULLO J. y RODRIGUEZ J. Conocimientos y conductas en Reanimación Cardiopulmonar en los estudiantes de medicina de la ciudad de Tacna. Perú, 2003

PEREZ VELA, JL, Perales y Rodríguez de Viguri N, Cantalapiedra-Santiago JA, Álvarez-Fernández JA. Recomendaciones en resucitación Cardiopulmonar [citado 2001 May 20]. Disponible en URL: <http://www.united.edu/tratado/indice.html>.

PERALES RODRIGUEZ N. Manual de Soporte Vital Avanzado, 4ta ed , Barcelona- España, Ed Elsevier Doyma

POLIT, Dense. Investigación Científica en ciencias de salud. 6ta Ed. Editorial Mc Graw Hill. 2000

SANCHEZ PERALES, Fernando. Taller de RCP Avanzada, Madrid España 2006

SALAZAR BONDI, Augusto. Introducción a la Filosofía. 1971

SILVA GARCIA, Luis. Soporte Vital Básico. Ed MAD España 1º ed 2006

Sociedad de Emergencias y Desastres: Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada. Perú, 2003

P.R. Vademecum Farmacológico. Ed Lexus 2006

***ANEXOS***

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>	<b>Pág.</b>
A Operacionalización de Variables.....	I
B Matriz de Operacionalización de Variables.....	III
C Tamaño de la Muestra .....	IV
D Formulario.....	V
E Tabla de concordancia entre los jueces de expertos.....	XII
F Tabla de matriz tripartita.....	XIII
G Validación del Instrumento.....	XVI
H Confiabilidad del Instrumento.....	XVII
I Consentimiento Informado.....	XVIII
J Medición de la Variable Conocimientos.....	XIX
K Distribución de alumnos de la segunda especialidad.....	XXII
L Tiempo de servicio de los alumnos de la segunda especialidad en Enfermería.....	XXIII
M Participación en maniobras de reanimación cardiopulmonar del alumno de la segunda especialidad en enfermería durante su ejercicio profesional.....	XXIII
N Conocimiento sobre soporte vital básico en los estudiantes de segunda Especialidad en enfermería ingresantes 2005.....	XXIV
O Conocimiento sobre soporte vital avanzado en los estudiantes de segunda Especialidad en enfermería ingresantes 2005.....	XXV
P Conocimiento sobre soporte vital avanzado en los estudiantes de segunda Especialidad en enfermería ingresantes 2005.....	XXVI



**ANEXO A**

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimientos sobre RCP que tienen las estudiantes de la segunda especialización en Enfermería .	Son las informaciones básicas adquiridas durante el proceso enseñanza – aprendizaje de la segunda especialización en enfermería, mediante el ejercicio de las facultades intelectuales de los alumnos.	<b>Conocimientos:</b> Conjunto de informaciones que refieren tener las estudiantes de la segunda especialización en Enfermería sobre Reanimación Cardiopulmonar.	<b>Soporte Vital Básico:</b> aplicación de conocimientos y habilidades para realizar maniobras elementales pero eficaces de sustitución de las funciones cardiacas y respiratorias.	<p><b>1. Análisis de la situación</b>  <i>Apertura de vias Aereas</i>  Maniobra frente menton  Traccion mandibular</p> <p><b>2. Ventilación.</b>  Respiración boca-boca</p> <p><b>3. Circulacion.</b>  Masaje cardiaco externo.</p> <p><b>4. Desfibrilacion:</b>  Manual o semiautomatico</p>

			<b>Soporte vital Avanzado:</b> Conjunto de conocimientos teóricos y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo en las situaciones de PCR.	<b>5. Soporte respiratorio avanzado:</b>  Oxigenación.  <b>6. Soporte circulatorio avanzado.</b>  Fármacos Tratamiento de las arritmias Tratamiento eléctrico de las arritmias ( desfibrilación, cardioversión y marcapaso)
--	--	--	--	---

**ANEXO B**  
**MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE**

Valor final que adoptó la variable	Criterios utilizados para asignar ese valor	Procedimientos para la medición	Aproximación de la Técnica e Instrumento	Escala de Medición
<p>El valor final que adoptará la variable:</p> <p><b>* Conocimiento alto</b></p> <p><b>* Conocimiento medio</b></p> <p><b>* Conocimiento bajo</b></p>	<p>Para asignar los criterios: valor Conocen, conocen parcialmente y No conocen de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario; mediante la aplicación de la Escala de Stanones, el cual fue ubicado en la Campana de Gauss.</p> <p>❖ Conocimiento <b>Alto</b> : <b>mayor de 35ptos</b></p> <p>❖ Conocimiento <b>Medio</b> : <b>entre 22 – 34 pto</b>s</p> <p>❖ Conocimiento <b>Bajo</b> : <b>Menor de 21 pto</b>s.</p>	<p>❖ <b>Administrativos:</b> Se realizaran coordinaciones con las autoridades de la unidad de post grado de enfermería para la aplicación del cuestionario en las alumnas de la segunda especialidad. Luego se realizaran las coordinaciones con la jefa del curso de Investigación para la aplicación del instrumento.</p> <p>❖ <b>Recolección:</b> Para la recolección de datos primero se solicitara el consentimiento de los alumnos de la segunda especialización para la aplicación de la encuesta, luego se procederá a la aplicación del instrumento.</p>	<p>❖ <b>Técnica:</b> Encuesta.</p> <p>❖ <b>Instrumento :</b> Formulario tipo cuestionario con respuestas múltiples.</p>	<p><b>O</b></p> <p><b>R</b></p> <p><b>D</b></p> <p><b>I</b></p> <p><b>N</b></p> <p><b>A</b></p> <p><b>L</b></p>

## ANEXO C

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{Z^2 \alpha \cdot p(1-p) N}{(N-1)E^2 + Z^2 \alpha \cdot p(1-p)}$$

$Z^2 \alpha$  = Nivel de confianza 95%  
 $p$  = Proporción (0.5)  
 $1 - p$  = Proporción (0.5)  
 $E^2$  = Error de estimación 10%  
 $N$  = Estudiantes de la 2da  
Especialidad ingresantes  
2005

$$n = \frac{144 (1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(143)(0.1)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = 57$$

*La muestra a considerar es de 57 Estudiantes de la Segunda Especialidad en Enfermería Ingresantes 2005, sin embargo se tomaran 72 alumnos.*

## ANEXO D

UNMSM-FM-UPG  
PSE ENFERMERIA  
2006

## FORMULARIO

### 1. INTRODUCCIÓN

Estimado Colega, soy alumna de la especialidad de Enfermería Intensivista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que está realizando un estudio con el fin de obtener información sobre las maniobras de RCP. En tal sentido se le solicita su participación respondiendo de forma veraz y anónima las preguntas que a continuación se presentan. Agradezco anticipadamente su participación.

### I. INSTRUCCIONES

A continuación usted encontrará una serie de preguntas que deberá marcar un aspa ☐ o una cruz ☐

### II. DATOS GENERALES

- |                           |                 |                          |
|---------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. Institución que labora | Es Salud        | <input type="checkbox"/> |
|                           | Minsa           | <input type="checkbox"/> |
|                           | FF. AA.         | <input type="checkbox"/> |
|                           | Privado         | <input type="checkbox"/> |
|                           | Otros           | <input type="checkbox"/> |
| 2. Servicio que labora:   | UCI             | <input type="checkbox"/> |
| Actualmente               | Emergencia      | <input type="checkbox"/> |
|                           | SOP             | <input type="checkbox"/> |
|                           | Hospitalización | <input type="checkbox"/> |
|                           | Consultorios    | <input type="checkbox"/> |
|                           | Otros           | _____                    |

3. Tiempo de servicio
- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| 0 a 2 años | <input type="checkbox"/> |
| 2 a 5 años | <input type="checkbox"/> |
| 5 a más    | <input type="checkbox"/> |
4. Especialidad que esta realizando: \_\_\_\_\_
5. Ha participado en algún curso sobre RCP : si ☐
- No ☐
6. ¿Ha participado usted en maniobras de Reanimación cardiopulmonar?
- a.- si
- b.- No
- ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

### III. DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS?

**7. El RCP consiste en :**

- Conjunto de técnicas, maniobras encaminados a revertir el estado de PCR.
- Sustituye transitoriamente las funciones respiratorias y circulatorias para intentar reestablecer después de su actividad espontánea.
- Consta de 2 niveles fundamentales: soporte vital básico y soporte vital avanzado.
- Solo a y b.
- Todos los anteriores.

**8. El paro cardiorrespiratorio se reconoce por:**

- Ausencia de pulso y respiración.
- Piel pálida, sudorosa y fría
- Cianosis central y periférica.
- Pérdida de conocimiento.

- e. Todas las anteriores.

**9. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar en su servicio las inicia:**

- a. Médico
- b. Enfermera (o)
- c. Tec. De Enfermería
- d. Otros: \_\_\_\_\_

**10. La droga de primera elección en un PCR es:**

- a. Oxígeno
- b. Bicarbonato
- c. Dopamina
- d. Atropina
- e. Adrenalina

**11. Ante un paciente que usted encuentra inconciente, cianótico y con apnea. La actitud más asertiva a seguir es:**

- a. Masaje cardiaco
- b. Masaje cardiaco y ventilación orotraqueal
- c. Ventilación orotraqueal
- d. Apertura y desobstrucción de la vía aérea
- e. No hace nada

**12. En caso de sospecha de lesión espinal. Usted tomara en cuenta:**

- a. Tomar las precauciones al alinear la cabeza y el cuello intentando que la columna cervical se mantenga en posición lateral.
- b. El reanimador sujetará la cabeza firmemente por la apófisis mastoides y occipital realizando un movimiento brusco.
- c. Se aplicará la maniobra tracción mandibular

- d. Todas la anteriores
- e. N.A.

**13. En cuanto a ventilación, relacione estos términos:**

- [illegible]

## 14 . Sobre circulación

- a. El masaje cardiaco en un adulto es : 5:2 ( )  
15:2 ( )  
20:2 ( )  
30:2 ( )
- b. El masaje cardiaco en un niño es: : 5:2 ( )  
15:2 ( )  
20:2 ( )  
30:2 ( )
- c. El punto del masaje cardiaco es:
1. 2 dedos debajo del apéndice xifoides
  2. 3 dedos encima del apéndice xifoides
  3. 2 dedos encima del apéndice xifoides
  4. 2 dedos a la izquierda del apéndice xifoides



- d. Al realizar el masaje cardiaco sobre el esternón se debe conseguir una depresión de
- a.- 2cm ( )
  - b.- 3cm ( )
  - c.- 4cm ( )
  - d.- 5cm ( )

**15. Ante un paciente recientemente intubado con hipo ventilación en el hemitórax izquierdo. La conducta a seguir esta dada por:**

- a. Toracocentesis evacuadora
- b. Dosis alto de ATB
- c. Retirando unos cms hacia fuera el TET
- d. Adaptaría el V. Mecánico lo más antes posible
- e. Extraería el aire del neumotórax iatrogénico

**16 En caso de varios intentos de intubación frustrado, la actitud más asertiva esta dada por:**

- a. Colocar un tubo endotraqueal más pequeño.
- b. Colocar cánula binasal.
- c. Mantener ventilado con bolsa de resucitación manual, si con ella se consigue buena oxigenación.
- d. Colocar mascara venturi al 50%.
- e. Realizar una traqueotomía de urgencia.

**17. Para la administración inicial de líquidos y drogas a vía que inicialmente se utiliza esta dada:**

- a.- Vía venosa central
- b.- Vía Endotraqueal
- c.- Vía venosa Periférica
- d.- Lineal Arterial

e.- Vía intracardiaca / intraosea

**18. Los medicamentos que se pueden administrar por Tubo endotraqueal en caso de no tener un acceso venoso son:**

- a. Adrenalina, Epinefrina, naloxona, atropina
- b. Adrenalina, bicarbonato, atropina,  $\text{So}_4\text{Mg}$
- c. Atropina, adrenalina, bicarbonato, naloxona
- d. Xilocaina, bicarbonato, atropina, gluconato
- e. Adrenalina, xilocaina, atropina, naloxona

**19. Dentro de los cuidados de Enfermería, durante la administración de las drogas. Marque V o F**

- a. La administración de fármacos por vía endotraqueal requiere el doble requiere de dosis que por vía periférica diluido en 10cc de suero fisiológico seguido de 5 insuflaciones rápidas con el con ambu. ( )
- b. Se puede administrar por el Tubo endotraqueal gluconato de calcio y bicarbonato de sodio. ( )
- c. La adrenalina y el bicarbonato puede ir por la misma vía periférica ( )
- d. El bicarbonato no se administra en bolo, sino en perfusión. ( )
- e. El diltiazem está indicado para el control de la frecuencia ventricular en fibrilación ventricular ( )

**20. Ante un paciente intubado y monitorizado, Ud. observa en el monitor un trazo compatible con fibrilación ventricular la conducta mas asertiva esta dada por:**

- a. Administrar bolo Ev de atropina
- b. Administrar bolo Ev de adrenalina

- c. Desfibrilación de 360 J.
- d. Masaje cardiaco + cardioversión 50J
- e. Comprobaría si el pulso carotideo o braquial es efectivo  
(puede tratarse del monitor)

**21. Ante un paciente en UCI monitorizado, que entra en asistolia. La conducta a seguir en 1er lugar es:**

- a. Desfibrilación
- b. Adrenalina
- c. Bolo de atropina
- d. Bolo de lidocaina
- e. Bolo de adenosin difosfato

**22. En caso de que el paciente entre en fibrilación ventricular. La conducta a seguir es:**

- a. Desfibrilación
- b. Adrenalina
- c. Bolo de atropina
- d. Bolo de lidocaina
- e. Bolo de adenosin difosfato

**23. La secuencia de descarga en una desfibrilación es:**

- a. 200j – 200j – 360j
- b. 200j – 250j – 360j
- c. 200j – 250j – 360j
- d. 200j – 300j – 360j
- e. 360j – 360j – 360j

**Gracias por su colaboración**

## ANEXO E

### GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES SEGUN PRUEBA BINOMIAL

PREGUNTAS	JUECES									P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0.020
2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0.090
3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.020
4	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0.090
5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0.090
6	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0.090
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002

Se ha considerado:

1 : Si la respuesta es afirmativa

0 : Si la respuesta es negativa.

Si  $P$  es  $<$  de 0.5, el grado de concordancia es significativo, por lo tanto de acuerdo a cada resultado obtenido por cada juez, son menores de 0.5; por consiguiente el grado de concordancia es significativo.

**ANEXO F**  
**TABLA DE MATRIZ TRIPARTITA**

#	7	8	10	11	12	13a	b	c	d	14a	b	c	d	15	16	17	18	19a	b	c	d	e	20	21	22	23	total
1	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	46
2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	36
3	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	2	36
4	0	0	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	2	2	28
5	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	0	0	0	2	2	2	38
6	0	2	0	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	0	34
7	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	34
8	2	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	38
9	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	36
10	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	32
11	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	34
12	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	36
13	2	2	0	2	0	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	34
14	0	2	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2	0	24
15	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	32
16	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	2	0	26
17	2	2	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	0	0	2	2	0	2	0	2	2	0	0	0	2	24
18	2	0	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	0	2	24
19	0	0	0	2	2	0	0	2	0	2	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	28
20	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	2	2	28
21	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	2	2	2	32
22	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	0	2	2	42

23	0	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	34	
24	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	36	
25	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	44	
26	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	42	
27	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	2	0	2	0	2	2	32	
28	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	2	0	2	0	2	2	34	
29	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	38
30	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	0	34
31	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	38	
32	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	0	24	
33	0	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	30
34	0	0	0	2	0	2	2	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	0	0	0	2	0	20
35	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	0	0	2	2	22
36	2	2	0	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	0	2	0	28
37	0	2	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	0	30
38	2	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	24
39	0	2	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	26
40	2	0	0	2	0	2	2	0	0	2	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	28
41	0	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	2	2	0	0	2	2	0	2	0	22
42	2	0	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	26	
43	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
44	2	2	0	0	0	2	2	0	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	2	0	24
45	0	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	18
46	0	0	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	30
47	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
48	2	0	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	0	0	2	0	24
49	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	2	2	0	22	
50	2	2	0	2	0	2	2	2	0	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	0	34

AX

51	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	2	2	0	0	0	2	0	2	0	2	2	0	0	2	2	0	28
52	0	2	0	2	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	2	0	2	0	0	2	0	26
53	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
54	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	0	20
55	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	24
56	2	2	0	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	18
57	2	0	0	2	0	2	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	20
58	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	2	2	2	0	28
59	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	18
60	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	20
61	0	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	0	0	2	0	2	0	2	0	2	2	0	0	28
62	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	0	2	0	28
63	0	0	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	12
64	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
65	0	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
66	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	2	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	0	26
67	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	36
68	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	34
69	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	0	2	2	32
70	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	38
71	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	44
72	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	2	34

- 2 : Respuesta correcta
- 0: Respuesta incorrecta

## ANEXO G

### DETERMINACION DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez, se solicitó la opinión de jueces de expertos, además se aplicará la formula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto, obteniéndose:

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N\sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

- 1) Item 7 : 0.62
- 2) Item 8 : 0.52
- 3) Item 10 : 0.36
- 4) Item 11 : 0.58
- 5) Item 12 : 0.7
- 6) Item 13a : 0.7
- 7) Item 13b : 0.36
- 8) Item 13c : 0.44
- 9) Item 13d : 0.57
- 10) Item 14a : 0.37
- 11) Item 14b : 0.57
- 12) Item 14c : 0.27
- 13) Item 14d : 0.39
- 14) Item 15 : 0.57
- 15) Item 16 : 0.74
- 16) Item 17 : 0.45
- 17) Item 18 : 0.51
- 18) Item 19a : 0.45
- 19) Item 19b : 0.47
- 20) Item 19c : 0.35
- 21) Item 19d : 0.44
- 22) Item 19e : 0.46
- 23) Item 20 : 0.68
- 24) Item 21 : 0.55
- 25) Item 22 : 0.42
- 26) Item 23 : 0.36

Si  $r > 0.20$ , el instrumento es válido



## ANEXO H

### DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procederá a tomar la prueba piloto, a los resultados se le aplicará la fórmula estadística  $\alpha$  de Crombach.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left( 1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

$$\alpha = \frac{72}{71} \left( 1 - \frac{17.5}{49.87} \right)$$

$$\alpha = 1.01 (1 - 0.351)$$

$$\alpha = 1.01(0.649)$$

$$\alpha = 0.656$$

Para que exista confiabilidad  $\alpha > 0.5$  ; por lo tanto el instrumento es confiable.

## **ANEXO I**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“Conocimientos sobre RCP en las Estudiantes de la Segunda Especialidad en Enfermería 2005 ”**.

“Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad”.

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

#### **I. Estimado Colega :**

La investigadora del proyecto para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado. Se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atte.

-----  
**Lic. Ana Príncipe Cahuana.**  
Autora

## ANEXO J

### MEDICION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS

Para la clasificación de conocimientos del estudiante de la Segunda Especialidad en Enfermería se utilizará la campana de Gauss, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías : ALTO, MEDIO, BAJO.

❖ Procedimiento:

1. Se determinó el promedio. ( $x$ )

$$x = 28.44$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$DS = 8.70$$

3. Se estableció los valores de a y b

$$a = x - 0.75 (DS)$$

$$a = 28.44 - (0.75 \times 8.70)$$

$$a = 28.44 - 6.53$$

$$a = 21.91$$

$$b = x + 0.75 (DS)$$

$$b = 28.44 + (0.75 \times 8.70)$$

$$b = 28.44 + 6.53$$

$$b = 34.97$$

❖ **CONOCIMIENTOS DEL ESTUDIANTE:**

- **Baja: Menos de 21**
- **Media: entre 22 y 34**
- **Alta: Más de 35**

## CATEGORIZACION EN SOPORTE VITAL BASICO

### ❖ Procedimiento:

1. *Se determinó el promedio. (x)*

$$x = 13.78$$

2. *Se calculó la desviación estándar. (DS)*

$$DS = 4.08$$

3. *Se estableció los valores de a y b*

$$a = x - 0.75 (DS)$$

$$a = 13.78 - (0.75 \times 4.08)$$

$$a = 13.78 - 3.06$$

$$a = 10.7$$

$$b = x + 0.75 (DS)$$

$$b = 13.78 + (0.75 \times 4.08)$$

$$b = 13.78 + 3.06$$

$$b = 16.84$$

### ❖ *CONOCIMIENTOS DEL ESTUDIANTE SOBRE SVB:*

- **Baja: Menos de 10**
- **Media: entre 11 y 16**
- **Alta: Más de 17**

## CATEGORIZACIÓN EN SOPORTE VITAL AVANZADO

### ❖ Procedimiento:

1. *Se determinó el promedio. (x)*

$$x = 14.67$$

2. *Se calculó la desviación estándar. (DS)*

$$DS = 5.52$$

3. *Se estableció los valores de a y b*

$$a = x - 0.75 (DS)$$

$$a = 14.67 - (0.75 \times 5.52)$$

$$a = 14.67 - 4.14$$

$$a = 10.53$$

$$b = x + 0.75 (DS)$$

$$b = 14.67 + (0.75 \times 5.52)$$

$$b = 14.67 + 4.14$$

$$b = 18.81$$

### ❖ *CONOCIMIENTOS DEL ESTUDIANTE SOBRE SVA:*

- **Baja: Menos de 10**
- **Media: entre 11 y 18**
- **Alta: Más de 19**

## ANEXO K

### DISTRIBUCION DE LOS ALUMNOS DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA- INGRESANTES 2005

	FRECUENCIA	
	Nº	%
Enfermería Intensiva	23	31.94%
Enfermería en Emergencia y Desastre	16	22.22%
Enfermería Cardiológica	8	11.11%
Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría	2	2.78%
Enfermería Oncológica	6	8.34%
Enfermería Pediátrica	7	9.72%
Enfermería en Centro Quirúrgico	8	11.11%
Enfermería en Salud Pública	2	2.78%
TOTAL	72	100%

## **ANEXO L**

### **TIEMPO DE SERVICIO DE LOS ALUMNOS DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INGRESANTES 2005**

	FRECUENCIA	
	N°	%
• 2 años	25	34.72%
• 2– 5 años	27	37.50%
• >5 años	20	27.78%
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

## **ANEXO M**

### **PARTICIPACION EN MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DEL ALUMNO DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA DURANTE SU EJERCICIO PROFESIONAL**

	FRECUENCIA	
	N°	%
<b>SI</b>	<b>56</b>	<b>77.78%</b>
<b>NO</b>	<b>16</b>	<b>22.22%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

## ANEXO N

### CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL BASICO EN LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INGRESANTES 2005

#### a) Conocimientos sobre circulación

	CONOCIMIENTO SOBRE CIRCULACION					
	Frecuencia del masaje		Punto del masaje		Profundidad del masaje	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Enfermería Intensiva	18	5	12	11	6	17
Enfermería en Emergencias y Desastres	16	0	11	5	7	9
Enfermería Cardiológica	4	4	4	4	0	8
Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría	0	2	1	1	0	2
Enfermería Oncológica	1	5	4	2	1	5
Enfermería Pediátrica	0	7	5	2	0	7
Enfermería en Centro Quirúrgico	1	7	3	5	0	8
Enfermería en Salud Publica	0	2	0	2	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>32</b>	<b>40</b>	<b>32</b>	<b>15</b>	<b>57</b>



## ANEXO O

### CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL AVANZADO EN LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INGRESANTES 2005

#### a) Conocimientos sobre arritmias

	CONOCIMIENTO SOBRE ARRITMIAS					
	Fibrilación Ventricular		Asistolia		Secuencia de Descarga	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Enfermería Intensiva	21	2	11	12	18	5
Enfermería en Emergencias y Desastres	15	1	8	8	14	2
Enfermería Cardiológica	7	1	1	7	2	6
Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría	1	1	0	2	0	2
Enfermería Oncológica	5	1	2	4	0	6
Enfermería Pediátrica	4	3	2	5	0	7
Enfermería en Centro Quirúrgico	5	3	4	4	1	7
Enfermería en Salud Publica	0	2	0	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>44</b>	<b>35</b>	<b>37</b>

## ANEXO P

### CONOCIMIENTO SOBRE SOPORTE VITAL AVANZADO EN LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INGRESANTES 2005

#### a) Conocimientos sobre administración de medicamentos

	CONOCIMIENTO SOBRE CIRCULACION					
	Medicamentos por TET		Adrenalina y bicarbonato		Bicarbonato	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Enfermería Intensiva	20	3	14	9	19	4
Enfermería en Emergencias y Desastres	10	6	12	4	11	5
Enfermería Cardiológica	1	7	5	3	3	5
Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría	0	2	0	2	1	1
Enfermería Oncológica	2	4	2	4	3	3
Enfermería Pediátrica	4	3	2	5	5	2
Enfermería en Centro Quirúrgico	2	6	0	8	3	5
Enfermería en Salud Publica	0	2	0	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>45</b>	<b>27</b>